Nr 43. Kraków, 26. października 1918. Rok LVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 40 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 7 kor. 6 marek.

Jeden numer osobno kosztuje 70 hal.

Rok LVII. Kraków, 26 października 1918. Nr. 43

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z ambulatoryum laryngologicznego (Dyrektor: Prof. Dr. A. Jurasz). **i kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego** (Dyrektor: Radca dworu Prof. Dr. A. Gluziński).

O leczniczym wpływie promieni Roentgena na twardziel głębszych dróg oddechowych

podali

Dr S. Lehm asyst. ambulatoryum laryngolog.

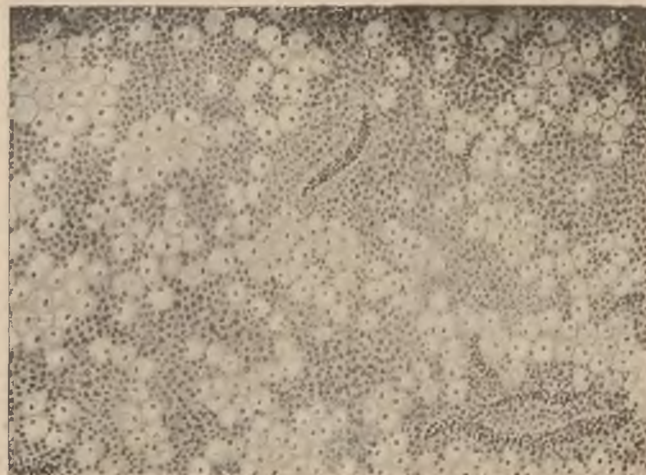
Dr M. Pańczyszyn asyst. kliniki lekarskiej.

Wzmagająca się z roku na rok, zwłaszcza w tej części kraju rozpowszechniona endemia twardzieli dróg oddechowych, której wyrazem jest zwyż 200 przypadków tego cierpienia, spostrzeganych w przeciągu niespełna $3^1/_2$ lat w ambulatoryum laryngologicznem we Lwowie, nie licząc przypadków, zgłaszających się w innych ambulatoryach i w poliklinice, skłoniły nas do bliższego zajęcia się sprawą leczenia postaci głębszych twardzieli, i to tem więcej, że w ostatnich czasach zaczęły się pojawiać poglądy, odmawiające promieniom Roentgena leczniczego wpływu na głęboko usadowione nacieki twardzielowe, jakkolwiek ci sami autorzy nie mogą zaprzeczyć niewątpliwych dobrych wyników. Mając do rozporządzenia obfity materyał ambulatoryum laryngologicznego, poddaliśmy leczeniu w ciągu roku szkolnego 1913/14 21 przypadków twardzieli głębszych dróg oddechowych, a zarazem staraliśmy się zbadać, na czem polega leczniczy wpływ promieni Roentgena na nacieki twardzielowe.

W przypadkach naszych chodziło przeważnie o rozległe zmiany, zajmujące najczęściej więcej odcinków dróg oddechowych, usadowione w gardle, krtani, tchawicy i w nosie w różnych kombinacyach. Wśród tych 21 przypadków w 5 były zmiany w głębszych częściach nosa i w gardle, w 2 zajęte było samo gardło, w 14 były zmiany w nosie i równocześnie w gardle, krtani, lub tchawicy; 4 takich chorych zgłosiło się do leczenia ze znaczną dusznością i większą lub mniejszą chrypką. Przed i w ciągu leczenia przeprowadziliśmy badanie bakteryologiczne i u $^3/_4$ naszych chorych stwierdziliśmy na początku obserwacyi na naciekach prątki twardzielowe.

Ponieważ chodziło o nacieki dość głęboko położone, postępowanie nasze co do techniki naświetlania w zasadzie było takie samo, jakie przyjęliśmy w klinice lekarskiej dla leczenia guzów narządów wewnętrznych, położonych w różnych głębokościach, a kierując się temi zasadami, uwzględnialiśmy i stan ogólny chorych i objawy podmiotowe w zależności od zmian miejscowych.

Chorych naszych naświetlaliśmy codziennie ze zmianami: jednego dnia nos, drugiego gardło, lub krtań, tchawicę, z kolei znów nos i t. d., stosując promienie, wysyłane przez lampę o 9—10 W. twardości, promienie, przesączone przez filtry 1—3 mm, zależnie od tego, czy chodziło nam o działanie więcej powierzchowne, czy głębokie, przyczem okazało się, że skóra nosa, jak i szyi, znosi bez żadnego odczynu 200, a nawet i więcej X, zastosowanych na to samo miejsce w seryi naświetleń co drugi dzień, lub nawet codzień. Po kilku pierwszych naświetlaniach tych samych miejsc występują objawy zwykle pewnego zaostrzenia się dolegliwości jak: większe pobudzenie do kaszlu, zwiększenie się wydzieliny, chrypka lub duszność, z którymi to objawami należało się liczyć nieraz w dalszym przebiegu leczenia nigdy jednak nie przybrały one postaci groźnej. Objawy te miały charakter przejściowy, mijały po kilku dniach i od tego czasu i podmiotowy i przedmiotowy stan naszych chorych ulegał stałej poprawie: cofała się duszność, chorzy wykrztuszali w tych razach, gdzie na początku widzieliśmy owrzodzenia, przez jakiś czas obficie plwocinę i odkrztusiny, pomieszane ze strupkami i masami nekrotycznemi. W przypadkach zaś bez owrzodzeń można było z reguły stwierdzać spłaszczanie się nacieków, a po krótszym lub dłuższym okresie czasu, nieraz już po kilku tygodniach, innym razem po kilku dopiero miesiącach systematycznego naświetlania powolne spłaszczanie się nacieków, a wreszcie w miejsce dawnych nacieków płaskie, równe blizny. Korzystne działanie stwierdziliśmy nawet w przypadkach mocno zaniedbanych, które zgłaszały się do leczenia już w okresie wytworzonych blizn; i to stwierdziliśmy działanie korzystne nie tylko na objawy podmiotowe, lecz także na stan przedmiotowy, naturalnie tylko o tyle, o ile nacieki *zapalne*, istniejące w świeżej tkance bliznowatej, pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena ulegały wessaniu. Słowem rentgenoterapia okazała się w postaciach twardzieli głębszych dróg oddechowych najskuteczniejszym środkiem leczniczym ze wszystkich, dotąd w podobnych postaciach stosowanych.

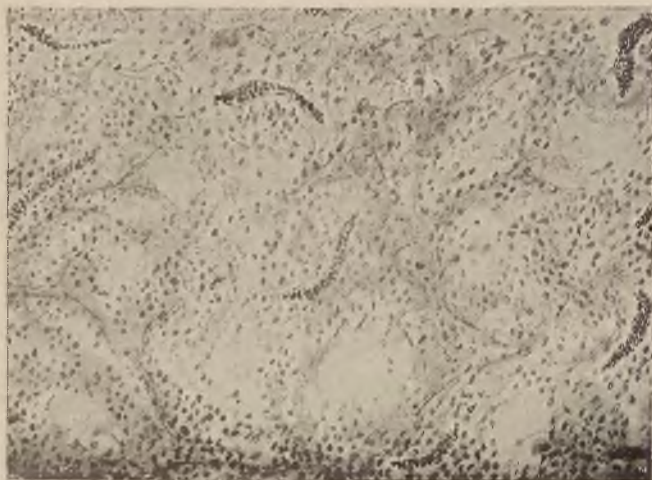


W przypadkach naszych można było badaniem bakteryologicznem u $^3/_4$ naszych chorych prawie do końca obserwacyi znaleźć żywe prątki twardzieli.

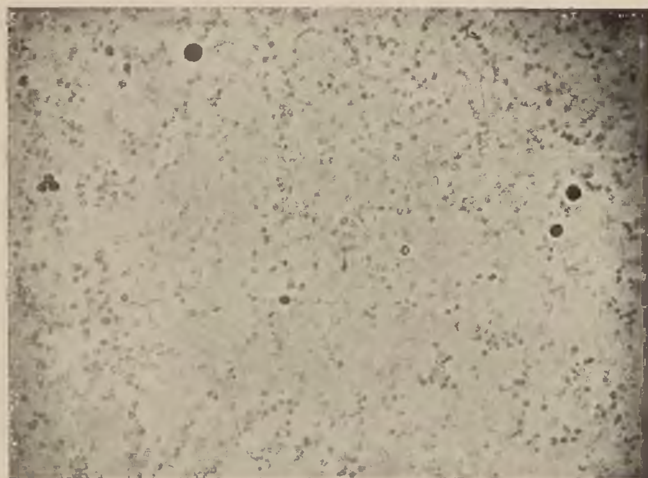
Ażeby się przekonać, jakie zmiany zachodzą w naświetlanych naciekach twardzielowych, wycinaliśmy z różnych miejsc, dotkniętych twardzielą, kawałki błony śluzowej i sporządzaliśmy skrawki mikroskopowe raz przed rozpoczęciem leczenia, następnie w ciągu, wreszcie przy końcu leczenia.

Rysunek I. przedstawia preparat z nacieku twardzielowego przed rozpoczęciem leczenia. Widać na nim charakterystyczne utkanie, złożone z komórek jednojądrzastych, dobrze się barwiących, komórek Mikulicza, zebranych w charakterystyczne grupy; tu i ówdzie zawierają te komórki mierną ilość bakteryi, naciek sam jest dobrze unaczyniony.

Rysunek II. ilustruje zmiany, zachodzące w nacieku twardzielowym po zastosowaniu 80 X w ciągu 3 tygodni. Tkanka nacieku twardzielowego uległa tu już wybitnej zmianie. Największe dotyczą komórek Mikulicza; w miejscu dawniejszych gniazd tych komórek znajdujemy obecnie masy martwicze, a wśród nich obfitą ilość prątków twardzieli, niewątpliwie uwolnionych po rozpadzie komórek Mikulicza. Lecz i komórki naciekowe okazują wyraźne zmiany wsteczne, polegające na zatarciu rysunku protoplazmy, zaniku otoczki komórkowej i rozpadzie jądra i jego rozpuszczeniu. Wyrazem tych zmian jest rzadsze rozmieszczenie tych komórek w preparacie II, gorsze ich barwienie się, rozpuszczanie się i rozpadanie (caryolysis, caryorrhexis) jąder. Oprócz sprawy wstecznej w tkance twardzielowej widać w tym okresie już drogę, na której postępować będzie gojenie się. Oto od naczyń krwionośnych bujać zaczyna tkanka ziarninowa, dość obficie zawierająca włókna łącznotkankowe.



Jeszcze dalej posunięte zmiany przedstawia preparat III., pochodzący z nacieku, naświetlanego przez 5 tygodni (po zastosowaniu 150 X).



Widzimy stąd, że rodzaj uszkodzenia i charakter zmian w nacieku twardzielowym po zastosowaniu promieni Roentgena są takie same, jakie spotykamy w innego rodzaju tkankach patologicznych przy stosowaniu promieni Roentgena. Cechą tych zmian jest rozpad tkanki patologicznej i bujanie nowej tkanki ziarninowej. Różnica jest tylko ilościowa. Doświadczenie rentgenoterapeutyczne doprowadziło nas do przekonania, że stopień zmian w tkankach tego rodzaju stoi w prostym stosunku do dwóch czynników: do czułości tkanki naświetlanej i do ilości zabsorbowanych promieni. Czynnik pierwszy, t. j. czułość tkanek, należy do charakteru biologicznego komórek. Tkanka nacieku patologicznego jest na działanie promieni tem czulsza, im jest młodsza, im żywiej odbywa się w niej wymiana materyi, im więcej ma protoplazmy. Drugim czynnikiem, t. j. ilością oddanych do absorbcyi promieni, możemy dowolnie kierować. Ponieważ wymiana materyi w komórkach nacieku twardzielowego odbywa się powoli, czego wyrazem jest i wolne powiększanie się nacieków twardzielowych i mała ilość protoplazmy, dlatego też dla wywołania skutku leczniczego potrzeba zastosować i wprowadzić do nacieków twardzielowych większą ilość promieni czynnych, niż do innych nacieków patologicznych, rosnących szybko, czyli zastosować odpowiednią technikę. I tu leży naszem zdaniem przyczyna, dlaczego dotąd istnieje rozbieżność poglądów na sprawę działania promieni Roentgena na nacieki twardzielowe, położone w głębszych odcinkach dróg oddechowych. Kiedy Rydygier, który pierwszy podał metodę skutecznego leczenia twardzieli dróg oddechowych promieniami Roentgena, a także Drozdowicz, oparci każdy na obserwacyi kilkunastu przypadków, stanowczo twierdzą, że promienie Roentgena wywierają leczniczy wpływ na sprawy twardzielowe, usadowione w głębszych odcinkach dróg oddechowych, to n. p. Fittig i Kahler, a w ostatnich czasach Brunner i Jakubowski odmawiają promieniom Roentgena wpływu na nacieki głębiej położone. Oparci na naszych doświadczeniach, które obejmują zwyż 20 przypadków twardzieli dalszych dróg oddechowych, leczonych promieniami Roentgena, nie możemy się zgodzić ze zdaniem, wygłoszonem przez Brunnera i Jakubowskiego, że »metoda rentgenologicznego leczenia może być stosowana jedynie przy twardzielowych zmianach warg i nosa, a z natury rzeczy będzie bezsilną lub mało skuteczną wobec głębiej umiejscowionych zmian«, ale podnosimy na podstawie naszych obserwacyi pierwszorzędne i niezawodne korzystne działanie lecznicze tej metody w każdym przypadku, nawet w przypadkach, przebiegających z groźnymi objawami.

Już przy obecnych ulepszeniach rentgenoterapii możemy przez odpowiednie dawkowanie skrócić czas leczenia, pomimo tego jednak jest on jeszcze długi. Wyniki lecznicze byłyby jeszcze lepsze, gdyby nam się udało ująć w ręce i drugi czynnik, t. j. podniesienie czułości tkanki twardzielowej na działanie niszczące promieni Roentgena. Obecnie, zdaje się, jesteśmy już na tej drodze. W r. 1912 wykazali Brunner i Jakubowski, że stosując szczepionki twardzielowe w większych ilościach, możemy osiągnąć w czasie wstrzykiwań szczepionek spłaszczanie się nacieków twardzielowych względnie ich rozpad i na tej drodze wyleczenie. Z tego możemy wnosić, że szczepionki twardzielowe mogą podnosić czułość tkanki twardzielowej na działanie promieni Roentgena, a wyniki lecznicze w tym wypadku, t. j. przy kombinacyi leczenia promieniami Roentgena z wstrzykiwaniami szczepionek, powinny być lepsze, niż dotąd. Od kilku miesięcy postępujemy już w myśl tych zasad i choć to jeszcze zbyt krótka obserwacya i chociaż rozporządzamy za szczupłym jeszcze materyałem, by módz wysnuć ostateczne wnioski, to jednak dotychczasowe spostrzeżenia zachęcają do dalszych prób.

Piśmiennictwo. 1) Bohač: M. m. W. 1910. — 2) Brunner i Jakubowski: Gaz. lek. 1913. Nr. 45. — 3) Danziger i Pollitzer: (Ks. jub. niem. szpit. w New-Yorku) 1911. — 4) Drozdowicz: Gaz. lek. 1912. Nr. 4. — 5) Fittig: Beitr. z. kl. Ch. 1913. Nr. 39. — 6) Freund: Ges. d. Aerzte. Wien 1905. Nr. 9. V. — 7) Gottstein. Rozp. śląs. Tow. laryng. — 8) Jurasz: Gaz. lek. 1912. Nr. 36. — 9) Kahler: W. kl. W. 1905. Nr. 32. — 10) Lubliner: Medyc. 1912. II. Gaz. lek. 1912. II. — 11) Mayer: Presse m. 1906. — 12) Nemenow: Russk. Wracz. 1911. Nr. 26. — 13) Pachoński: Przegl. lek. 1910. Nr. 23. — 14) Polański: Medyc. 1912. Nr. 6. — 15) Ranzi: Ges. d. Aerzte. Wien. 1904. Nr. 21, 12. — 16) Rydygier A.: Zjazd chir. polsk. 1902, Nowiny lek., Berl. kl. W. 1909. — 17) Rydygier A.: Gaz. lek. 1909. Nr. 3. — 18) Rydygier A.: Ztrbl. f. Ch. 1911. Nr. 35. — 19) Sabat: Tyg. lek. 1912. Nr. 22. — 20) Steuermark: Przegl. lek. 1910. Nr. 25. (pos. Tow. lek). — 21) Zwillinger: Zeitschr. f. Ohrenh. 61. 1910. I.

O niektórych urządzeniach w nowo wybudowanym zakładzie dezynfekcyjnym miejskim w Krakowie.

Przez

Doc. Dr Tomasza Janiszewskiego.

Było do ostatnich czasów zwyczajem, że w zakładach dezynfekcyjnych wszelkie uzbrojenia, dodatkowe przyrządy przy aparatach dezynfekcyjnych umieszczano po stronie nieczystej, a to prawdopodobnie głównie z tego powodu, by jeden i ten sam dezynfekcyonaryusz mógł puścić w ruch przyrządy. O ile

ma to do pewnego stopnia uzasadnienie dla bardzo małych zakładów, gdzie jeden i ten sam człowiek obsługuje cały zakład dezynfekcyjny, o tyle nie nadaje się zupełnie dla większych.

Przed kilku laty zażądałem od paru większych niemieckich firm projektów z uwzględnieniem umieszczenia wszystkiego, co potrzebne jest dla puszczenia w ruch przyrządów, po stronie czystej. Zdaniem mojem jest to daleko racyonalniejsze, tak ze względów wymagań higieny, jak i ze względów praktycznych, lepszej i łatwiejszej obsługi przyrządów.

Aparaty dezynfekcyjne powinny być w ten sposób wmurowane w ścianę działową, dzielącą część czystą zakładu od nieczystej, aby większa część przyrządów wystawała na stronę czystą, a to dlatego, by można było całe uzbrojenie przyrządów po tej stronie umieścić. Z tego też powodu sala po stronie czystej zakładu dezynfekcyjnego powinna być nieco szersza, niż odpowiednia sala po stronie nieczystej. Przez umieszczenie całego uzbrojenia po stronie czystej unikamy prowadzenia rur po stronie zakażonej, strona nieczysta zawiera jedynie drzwi aparatu dezynfekcyjnego i nieznaczną zupełnie gładką część aparatu, oczyszczenie i utrzymywanie w należytym porządku sali po tej stronie jest daleko łatwiejsze. Maszynista lub mechanik ma łatwiejszy dostęp do strony czystej, niezakażonej, może w każdej chwili bez obawy zakażenia się lub niebezpieczeństwa roznięsienia zarazy, bez zachowywania jakichkolwiek ostrożności, przyjść i nadzorować wszelkie przyrządy; także naprawa tych przyrządów jest ułatwiona. Korzyści, wynikające z takiego urządzenia, są tak widoczne, że nie ma potrzeby rozpisywać się o tem obszerniej.

Drugim postulatem, który należy uwzględnić przy budowie większych zakładów dezynfekcyjnych, jest obecność osobnego pokoju do przeprowadzania dokładnych prób z nowymi przyrządami i środkami dezynfekcyjnymi. Pokój taki, o dokładnie znanych wymiarach, powinien mieć rozmaicie wyprawione ściany i sufit; n. p. po kilka metrów kwadratowych surowego muru, takiejże przestrzeni dokładnie wyprawionej i wygładzonej, z grubsza wyprawionej, malowanej farbą klejową, rozmaitymi rodzajami farb olejnych, wyłożonej kafelkami, wyklejonej tapetami i t. d. Podłoga po kilka metrów kwadratowych z miękkiego drzewa, takaż przestrzeń z twardego, malowana olejno, zapuszczana woskiem z terpentyną, wyłożona płytkami kamionkowemi (steingutowemi), z cegły, betonu, terazzo, linoleum i t. d. W takim pokoju doświadczalnym powinien być i radyator ogrzewania centralnego i zwykły piec. W jednej ze ścian, naprzeciwko okien, powinno być okienko dla obserwacyi przebiegu dezynfekcyi. Pokój powinien znajdować się po stronie zakażonej zakładu. Dotychczas takie próby i doświadczenia przeprowadzano zazwyczaj w mieszkaniach prywatnych, lub, co jeszcze gorsza, w szkołach. Zrozumiałą jest rzeczą, że pociągnąć to może za sobą poważne niebezpieczeństwo i że urządzenie osobnego pokoju do tego celu usunie takie obawy, a z drugiej strony umożliwi dokładniejsze przeprowadzenie badań.

Do odkażania wozów potrzebny jest osobny duży pokój z wjazdem ze strony nieczystej i z wyjazdem na stronę czystą zakładu. Pokój ten, widny, ogrzewany w zimie, ma bramy w ten sposób urządzone, że nigdy jednocześnie nie mogą być otwarte.

W nowych, większych i ze znaczniejszym nakładem urządzonych zakładach dezynfekcyjnych wskazane jest również, aby ściany działowe, przynajmniej w sąsiedztwie przyrządów dezynfekcyjnych, były robione na wysokości 60 ctm. od podłogi ze szkła, to jest z grubych szyb w żelaznych ramach. Zwykły mur w takich razach nigdy nie przylega do przyrządu szczelnie, pomimo umieszczenia filcu, asbestu lub innych materyałów pomiędzy przyrządem, a murem, i prawie nigdy nie można uniknąć kruszenia się lub opadania choć częściowego tynku, co źle wygląda i zanieczyszcza salę. Przy szklanej ścianie obręcz żelazna obejmowałaby dokoła przyrząd, od tej obręczy szyby żelazne kraty okienne; kraty zachodziłyby w ten sposób za obręcz, że bez ujmy dla szczelności czyniłoby to zadość prawu rozszerzalności. Takie całkowite, lub częściowe ściany szklane ogromnie zwiększają przejrzystość zakładu i ułatwiają kontrolę.

W ścianie działowej pomiędzy pokojem dziennym dezynfekcyonaryuszy, a ubieralnią po kąpieli dezynfekcyonaryuszy, należy umieścić szereg szaf, wmurowanych w ścianę działową z drzwiami po obu stronach tak urządzonemi, że gdy się te drzwi z jednej strony odmyka, z drugiej jednocześnie nie mogą być otwarte. Szafy te służą do chowania ubrania domowego dezynfekcyonaryuszy, gdy się przebierają w ubrania zakładowe. Po ukończonej dezynfekcyi, po kąpieli, dezynfekcyonaryusze przechodzą do ubieralni i otworzywszy drzwi tych szaf z przeciwnej strony, znajdują tam swoje ubrania domowe; odziawszy się, idą po pracy do domu.

Wiadomo, że nowożytne aparaty dezynfekcyjne są przyrządami wielce skomplikowanymi, obok uzbrojenia i całej sieci rur jest cały szereg przyrządów, jak pompy do wytwarzania próżni w przyrządach, przyrządy formalinowe, do amoniaku, przyrządy zapisujące i t. d. Wszystko to zajmuje wiele miejsca, zawadza przy przeprowadzeniu dezynfekcyi, utrudnia utrzymywanie czystości. Naprawy lub kontrola tych przyrządów przeszkadzają czynności dezynfekcyonaryuszy; niektóre z tych przyrządów, jak pompy, sprawiają hałas. Zdaniem mojem unikniemy wszystkich tych niedogodności, jeżeli umieścimy wszelkie uzbrojenia, rury, przewody i przyrządy poza salą dezynfekcyjną, n. p. na dole, na parterze, pod salą, w części czystej, w blizkości ściany dzielącej część czystą od zakażonej, a wszelkie kurki, wentyle i t. d. od każdego aparatu na osobnej tablicy, albo też jeżeli to wszystko umieścimy na górze nad częścią niezakażoną zakładu dezynfekcyjnego. Maszynista, zajęty na górze, może obserwować przez okienka w podłodze, co się dzieje w obu salach dezynfekcyjnych. Na dole przy aparatach dezynfekcyjnych mieści się tylko termometr kontrolny i vacuummetr. Góra połączona z dołem za pomocą telefonu. Dezynfekcyonaryusz, napełniwszy przyrząd, po zamknięciu drzwi aparatu, telefonuje do maszynisty, znajdującego się na górze, w którym przyrządzie i jaką dezynfekcyę należy przeprowadzić. Maszynista stosownie do potrzeby puszcza parę, lub puszcza w ruch pompę ssącą, a potem wypełnia aparat formaliną i kontroluje przebieg dezynfekcyi. Na dole przy przyrządzie, który jest w ruchu, zapala się mała lampka elektryczna kolorowa, n. p. czerwona, jeżeli się przeprowadza dezynfekcyę parą, lub zielona przy dezynfekcyi formalinowej, tak, że wszedłszy do sali odrazu widać, który przyrząd jest w ruchu, a dezynfekcyonaryusz odrazu widzi, czy maszynista puścił w ruch właściwy przyrząd. Na dole czynni są tylko dezynfekcyonaryusze, na górze maszynista i w ten sposób nie przeszkadzają sobie wzajemnie; maszynista zaś, mając wszystko skupione na małej przestrzeni, lepiej ogarnia całość, szczególnie, gdy wszystkie przyrządy są jednocześnie w ruchu i lepiej kontrolować może przebieg dezynfekcyi.

Koszta takiego urządzenia przy większych zakładach są stosunkowo nieznaczne, a koszta prowadzenia nie są większe, jeżeli zakład posiada osobnego maszynistę.

Rzeczy zawszawione powinny, zdaniem mojem, być poprzednio odwszawione w specyalnym przyrządzie, zanim dostaną się do dezynfekcyi na stronę nieczystą zakładu.

Wszystkie te ulepszenia i inowacye*) mego pomysłu zastosowano w 1914 roku przy budowie nowego zakładu dezynfekcyjnego w Krakowie. Zakład jest już w ruchu.

O potrzebie filozoficznego wykształcenia dla lekarzy.

Napisał**)

Adam Wrzosek.

Światłe umysły wśród lekarzy naszych zawsze uznawały ważne znaczenie zaprowadzenia studyów filozoficznych, a zwłaszcza logiki i psychologii, na wydziałach lekarskich. W tym względzie nie było u nas takich wahań, jak w Niemczech, w których jedni, jak n. p. Helmholtz [1]) i Virchow [2]), podnosili potrzebę szczególnego wyszkolenia umysłu dla lekarzy, inni, jak n. p. Pagel [3]), występowali przeciw umieszczaniu wykładów logiki i psychologii w programach studyów medycznych.

W Polsce od początku XIX. stulecia aż do dni dzisiejszych sprawa filozoficznego wykształcenia żywo obchodziła i obchodzi lekarzy. W naszej medycynie wytworzył się nawet oryginalny kierunek, którego najznakomitszymi przedstawicielami w ostatnich czasach byli Henryk Hoyer, Władysław Biegański i Edmund Biernacki. Kierunek ten, zapoczątkowany świetnie przez »Teoryę

*) Z wyjątkiem lampek kontrolnych kolorowych.

**) Streszczenie rozdziału z przygotowanej do druku książki o reformie studyów lekarskich.

[1]) H. Helmholtz: Das Denken in der Medicin. Berlin 1878. — [2]) R. Virchow: Lernen und Forschen. Berlin 1892. — [3]) J. Pagel: Einführung in das Studium der Medicin. Stuttgart 1906, str. 50—51.

jestestw organicznych« Jędrzeja Śniadeckiego, a przeszczepiony na grunt warszawski przez Chałubińskiego, niegdyś ucznia Wileńskiej Akademii medyko-chirurgicznej, nosi nazwę filozoficznego. Miał on nawet swoje czasopismo »Krytykę lekarską«, wydawaną przez Zygmunta Kramsztyka w ciągu lat jedenastu, od r. 1897 do r. 1907 włącznie.

Kierunek filozoficzny w medycynie naszej powstał w zaborze rosyjskim i tam się rozwinął. W zaborze austryackim, mimo dwóch polskich wydziałów lekarskich, »Krytyka lekarska« nie znajdowała ani wielu współpracowników, ani nawet licznych czytelników. Mniemam, że główną przyczyną tego było, iż nasze wydziały lekarskie w Galicyi zmuszone były wzorować się na wydziałach lekarskich austryackich, podczas gdy w Warszawie wytworzyły się tradycye swojskie w medycynie, dzięki Akademii medyko chirurgicznej i Wydziałowi lekarskiemu Szkoły Głównej, zorganizowanym przy znacznym współudziale wybitnych lekarzy warszawskich.

Ważność filozoficznego wyszkolenia dla lekarzy podnosił już Wincenty Szczucki [4]), profesor Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Warszawskim za czasów Królestwa Kongresowego. Potem zabierali głos w tej sprawie profesorowie i wychowańcy Szkoły Głównej Warszawskiej: Tytus Chałubiński [5]), Henryk Łuczkiewicz [6]), Henryk Hoyer [7]), Zygmunt Kramsztyk [8]) i Henryk Nusbaum [9]); a po nich młodsze pokolenie — Adam Wizel [10]), Wł. Biegański [11]), E. Biernacki [12]), Józef Brudziński [13]), Hadryan Demianowski [14]) i inni. Wszyscy oni zapatrywali się zgodnie na potrzebę filozoficznego wykształcenia dla lekarzy z tą jedynie różnicą, że jedni wysuwali na plan pierwszy logikę, drudzy psychologię, a inni o jednej tylko z tych nauk pisali, jako o potrzebnej dla medyków.

Co się tyczy wprowadzenia logiki do programu studyów na wydziałach lekarskich, to z góry przewiduję oporne stanowisko wielu lekarzy. Po co wprowadzać wykłady logiki dla medyków? — zapyta jeden. Czyż mało jest przedmiotów, które powinni oni przestudyować? — doda drugi. Wszak podnoszą się głosy, że pięciu lat studyów już jest za mało na przestudyowanie nauk lekarskich! — dorzuci trzeci. Jeszcze nikogo logika logicznie myśleć nie nauczyła! — wtrąci czwarty. Niech się młodzież uczy logiki w szkołach średnich, a nie w czasie studyów medycznych! — zawyrokuje piąty. Podobnych zarzutów można więcej przewidzieć. Odpowiedź na nie nietrudna. Wszak w szkole uczą fizyki, i to w daleko obszerniejszym zakresie, aniżeli logiki, a jednak każdy uważa za potrzebne, aby medycy pogłębili swoją znajomość fizyki. To prawda, że logika umysłowi tępemu nie przyniesie żadnej korzyści, lecz ludziom zdolnym do głębokiego rozwoju umysłowego może być wielce pożyteczną. Na zarzut wreszcie, że wprowadzenie logiki do programu studyów medycznych przeciąży młodzież nauką, — odpowiem, że przeciwnie, może im dalsze studya, osobliwie kliniczne, znacznie ułatwić. Zdaniem mojem, z wielką szkodą dla studyującej młodzieży i lekarzy pomija się w studyach medycznych logikę, która, obok innych zadań, ma nam ułatwiać prawidłowe myślenie i spostrzeganie błędów. Słusznie Chałubiński wpajał w swoich uczniów i czytelników przekonanie, że lekarz powinien być nie tylko dobrym obserwatorem i biegłym znawcą metod badania chorych i ich leczenia, lecz nadto powinien umieć logicznie myśleć, a to dlatego, aby po zbadaniu chorego mógł ułożyć sobie umotywowany, odpowiadający celowi plan leczenia. Logika ma uwyraźnić lekarzowi drogi jego rozumowania. Jeżeli nie chce on być jeno rzemieślnikiem, lecz człowiekiem myślącym, a takim powinien być każdy lekarz, to w działalności swojej, osobliwie w zakresie chorób wewnętrznych, musi się na każdym niemal kroku odwoływać do logiki. O potrzebie znajomości tej nauki najlepiej może przekonać lekarza »Logika medycyny« Biegańskiego, dziełko, które zasłużenie doczekało się już drugiego wydania i przekładu na język niemiecki. Skoro studyowanie logiki może przynieść lekarzom rzetelny pożytek, nauka ta powinna być z powrotem wprowadzona do programu studyów na wydziałach lekarskich.

Kto się zgodzi z tem zapatrywaniem, nie będzie się sprzeciwiać również wprowadzeniu wykładów psychologii dla medyków, zwłaszcza, że dla wielu lekarzy potrzeba znajomości psychologii jest oczywistszą, aniżeli logiki. Dziwić się wprost należy, że psychologia, czyli nauka o stanach naszej świadomości, a więc zajmująca się objawowi poznania, uczucia i woli, — pomijana jest w XX. stuleciu w programach studyów medycznych. Tuszyć sobie jednak można, że, gdy będziemy mogli sami swoje wydziały lekarskie urządzać i przekształcać, to niebawem usuniemy i ten brak. Bez znajomości psychologii nie można z korzyścią studyować psychiatryi. Zresztą każdy lekarz powinien być do pewnego stopnia psychologiem.

Już nie tylko lekarze zaczynają zwracać uwagę na niewłaściwość pomijania psychologii w studyach medycznych. Zmarły niedawno psycholog — Julian Ochorowicz, omawiając zastosowanie psychologii do nauk lekarskich, wyraził się, że »lekarze nie straciliby nic na tem, gdyby pochłaniając taki ogrom wiedzy przygotowawczej, jakiego szkoła od nich wymaga, nie na ostatniem miejscu stawiali znajomość praw psychologicznych, związanych z organizacyą człowieka. W mojem przekonaniu przynajmniej, — dodaje Ochorowicz — raczejby można wybaczyć lekarzowi nieznajomość fizyki, niż psychologii, nie ma bowiem takiej choroby, w którejby się ta ostatnia nie przydała« [15]). Wprawdzie daleko jeszcze psychologii do takiego rozwoju, aby zbyt wiele z jej zdobyczy dało się zastosować w życiu codziennem i w praktyce lekarskiej, niemniej jednak nie można już dziś w studyach medycznych przechodzić nad psychologią do porządku dziennego. Nie ulega bowiem żadnej wątpliwości, iż zarówno w studyach teoretycznych, jak i w praktyce lekarskiej, psychologia niejedną korzyść przynieść może. Rzecz tę zwięźle i trafnie niedawno przedstawił Demianowski (Przegl. lek. 1918. Nr. 27), więc się nad nią teraz obszernie rozwodzić nie będę. Dodam tylko, że lekarz nie powinien żadną miarą lekceważyć sobie psychologii, która, między innemi rzeczami, zajmuje się rozbiorem takich stanów świadomości, jak wzruszenia, uczucia i popędy; która czyni przedmiotem swoich badań przyzwyczajenia, temperament, charakter. Każdy lekarz, czy chce, czy nie chce, w praktyce swojej z temi rzeczami liczyć się musi. Wiele względów przemawia za wprowadzeniem psychologii do programu studyów medycznych, niema natomiast chyba ani jednego, którym można słusznie przytoczyć przeciwko temu.

Są, którzy uważają, że należałoby wymagać, aby studyujący medycynę uczęszczali i na wykłady historyi filozofii. Zgoda, że poznanie dziejów myśli ludzkiej może mieć wpływ dodatni na medyków, chroniąc ich od jednostronności umysłowej. Nie uważam jednak ani za rzecz konieczną, ani nawet za wskazaną umieszczanie w programie wykładów na wydziałach lekarskich historyi filozofii. Wystarczy, zdaniem mojem, jeżeli zachęci się studyującą młodzież przy sposobności, aby się tym przedmiotem zajęła. Może to uczynić tak dobrze profesor, wykładający propedeutykę lekarską, jak profesor logiki i psychologii.

Wielu zapewne zgodzi się ze mną, że medycyna tem lepiej rozwijać się będzie, im lepsze i trwalsze będzie miała podwaliny. W medycynie współczesnej podwaliną jej są li nauki przyrodnicze, którym nikt pierwszorzędnego znaczenia dla medycyny odmówić nie może. Lecz medycyna nic na tem nie straci, owszem zyska wiele, jeżeli podstawy jej jeszcze bardziej wzmocnimy przez dodanie do nauk przyrodniczych także filozoficznych. Gorąco zatem przemawiam, aby logikę i psychologię włączyć do programu studyów medycznych.

Nie szukajmy koniecznie i wyłącznie wzorów zagranicą! Mieliśmy wybornie urządzony wydział lekarski, który, mimo krótkiego istnienia, zapisał się trwale w dziejach naszej medycyny. Szukajmy więc przedewszystkiem wzorów w Wydziale lekarskim Szkoły Głównej Warszawskiej. Tam zarówno logika, jak i psychologia należały do przedmiotów, na które każdy student medycyny obowiązany był uczęszczać. Już po zamknięciu Szkoły Głównej Chałubiński usilnie się domagał należytego uwzględnienia nauk filozoficznych, zwłaszcza logiki, w planie studyów medycznych. Prawdopodobnie miał na myśli krakowski Wydział lekarski, albo przyszły Wydział lekarski polski w Warszawie. Uczynienie zadość temu słusznemu żądaniu nie tylko przyniesie

---

[4]) Propedeutyka do nauk medycyny. Warszawa 1825. § 134. — [5]) Metoda wynajdowania wskazań lekarskich. Warszawa 1874. Zimnica. Warszawa 1875. — [6]) Kurs propedeutyki lekarskiej. Warszawa 1876, str. 228—229. — [7]) O krytyce lekarskiej. Krytyka lek. 1898, str 22. — [8]) Szkice krytyczne z zakresu medycyny. Warszawa 1899, str. 329—330. — [9]) O ważności wykształcenia filozoficznego dla lekarza. Krytyka lek. 1898, str. 133—135. — [10]) Stosunek psychologii do psychiatryi. Krytyka lek. 1900, str. 262. — [11]) Logika medycyny. Wyd. II. Warszawa 1908. — [12]) Zasady poznania lekarskiego. 1902; Chałubiński i obecne zadania lekarskie. Łódź 1900. — [13]) W sprawie organizacyi ogólnej uniwersytetu a wydziału lekarskiego w szczególności. Warszawa 1915. — [14]) O potrzebie studyum psychologii na wydziale lekarskim. Przegl. lek. 1918. str. 27.

[15]) Julian Ochorowicz: Psychologia, pedagogika, etyka. Warszawa 1917, str. 60.

istotną korzyść medykom polskim, lecz również zgodne będzie z naszą tradycyą naukową. Przyczynić się ono może do uchronienia kierunku filozoficznego w medycynie polskiej od powolnego upadku, a nadto wpłynąć bardzo dodatnio na ogólny poziom wytwórczości naukowej lekarzy naszych. To też z radością należy powitać wybranie przez Wydział lekarski w Uniwersytecie Warszawskim komisyi, która ma się zająć sprawą wykładów logiki i psychologii dla medyków. Zaprowadzenie tych wykładów będzie jedną z nici, wiążących Wydział lekarski w odradzającej się polskiej Wszechnicy Warszawskiej z tradycyą Szkoły Głównej.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. Leon Wachholz. **Medycyna sądowa.** Na podstawie ustaw, obowiązujących na ziemiach polskich. 8⁰ str. XIII i 585. Z 22 rycinami w tekście i 42 rycinami na 8 tablicach. Kraków 1919. Nakładem Akademii Umiejętności.

»Wśród szalejącej burzy wojennej postępowała praca nad setną z rzędu moją publikacyą, a praca ta stanowiła prawdziwe chwile szczęścia wśród ogólnej niedoli. Zachętą do niej była mi myśl spełnienia obowiązku względem rodzimego piśmiennictwa i względem uczniów dawnych i obecnych...«.

Powyższe słowa z przedmowy autora wymienionego w tytule dzieła charakteryzują najlepiej te czynniki twórcze, które doprowadziły do napisania tak pięknej i pożytecznej książki. Że nowy polski podręcznik medycyny sądowej był potrzebny, odczuwano już od dawna. Wydany przez prof. Wachholza jeszcze w r. 1899 pierwszy podręcznik został już w zupełności wyczerpany, a nadto z biegiem lat i z rozwojem nauk lekarskich przestał w wielu kierunkach odpowiadać współczesnej wiedzy. Obecne dzieło nie jest jednak bynajmniej przeróbką lub odświeżeniem dawniejszego, lecz stanowi odrębną, oryginalną pracę, różniąc się od tamtego całym układem i sposobem przedstawienia rzeczy. Wzbogacony długoletnim doświadczeniem badacza, nauczyciela i znawcy, daje prof. Wachholz w swem nowem dziele nie tylko dokładny i zwięzły przegląd wszystkich zdobyczy nauki, wchodzących w zakres medycyny sądowej, ale czyni to w sposób niezwykle umiejętny, uwzględniający potrzeby uczącej się młodzieży, lekarza sądowego lub prawnika, który pragnie znaleźć w tej książce przewodnika w nauce i praktyce. Te względy praktyczne przeważały przy budowie dzieła, to też pomimo olbrzymiej, wprost niezwykłej znajomości literatury przedmiotu unikał autor starannie przeładowania treści szczegółami, podając rzeczy bądź tylko zupełnie pewne, bądź dając pogląd na główne kierunki badań w zagadnieniach jeszcze nierozwiązanych. Aby jednak ułatwić czytelnikowi dokładniejsze zapoznanie się z poszczególnemi zagadnieniami, zestawia autor po każdym rozdziale książki najważniejsze prace w danym przedmiocie, uwzględniając przedewszystkiem piśmiennictwo polskie. Również oszczędnym jest autor w przytaczaniu kazuistyki, czerpiąc w tym kierunku głównie ze swego bogatego doświadczenia. Ustawy, których znajomość jest potrzebna dla studyum medycyny sądowej, zestawione są w umiejętnie wybranych wyimkach i omówione krótko a zwięźle bez zapuszczania się w problemy czysto prawnicze. Uwzględnione zostało ustawodawstwo, obowiązujące na ziemiach polskich, a więc austryackie, niemieckie i dotychczasowe ustawy Królestwa polskiego, nadto dodaje autor odpowiednie ustępy z najnowszego projektu austryackiej ustawy karnej, uważając go słusznie za wyraz nowoczesnej ewolucyi prawa karnego. Wypowiada jednak w przedmowie autor nadzieję, że danem mu będzie niebawem przystąpić do nowego wydania obecnego dzieła, uzupełnionego ustawami odrodzonej — dodajmy od siebie — i zjednoczonej Ojczyzny.

Po wstępie, określającym istotę, rozwój i cel nauki medycyny sądowej i po krótkiej części ogólnej, traktującej o lekarzu znawcy i jego zadaniach, przystępuje autor wprost do części szczegółowej, podzielonej na szereg rozdziałów. Zaczyna je rzecz o stwierdzeniu tożsamości osoby, gdzie czytelnik znajdzie wszystkie potrzebne do tego celu wskazówki, przyczem uwzględnione są tutaj — acz krótko, może nawet za krótko — nowe sposoby identyfikacyi osób, używane w kryminalistyce. Obok tablic autorów obcych, przedstawiających stosunek wzrostu do wieku, daje prof. Wachholz i wyniki własnych w tym kierunku pomiarów, uzyskanych na wcale pokaźnym materyale. W następnym rozdziale o śmierci i zmianach pośmiertnych odczuwam w początkowych, zbyt może zwięzłych uwagach o zjawisku śmierci brak dostatecznego podkreślenia faktu, że śmierć ustrojowa nie jest zazwyczaj momentem, lecz procesem krócej lub dłużej trwającym, że zatem ścisłe określenie chwili śmierci jest często niemożebne, że zatem ostrożność w tym względzie jest wskazana. Ze względów praktycznych mówimy o śmierci ustroju wówczas, gdy już przez pewien czas nie ma ani akcyi serca ani oddychania, dopóki więc serce bije, nie można jeszcze mówić o śmierci ustroju. Stąd też uważam za niewłaściwy dopisek pod linią do odnośnego ustępu, dotyczący przypadku, w którym u płodu stwierdzono bicie serca, trwające przez 3 godziny »po śmierci«; nikomu bowiem nie wolno było przez te 3 godziny rozpoznać śmierci płodu, lecz uważać się go musiało za osobnika żywego, i to zwłaszcza ze stanowiska prawnego, n. p. w kwestyi dziedziczenia majątku i t. p. Uczeń zaś, przeczytawszy taki ustęp, może być łatwo wprowadzony w błąd i w praktyce wydać mylne orzeczenie. W dalszym ciągu tego rozdziału nie zupełnie zgodziłbym się ze zdaniem autora, że zachowanie się połów serca w zwłokach stężałych niema żadnego znaczenia w dyagnostyce różniczkowej między śmiercią z uduszenia, a śmiercią z porażenia serca, bo pomijając już to, że sam Virchow szczegół ten podnosił, doświadczenie poucza, iż istotnie w przypadkach śmierci z porażenia serca wskutek zmian w jego mięśniu lewa komora jest szczególniej wiotka, co się tłómaczy właśnie zmianami w mięśniu, upośledzającemi stężenie pośmiertne, których zazwyczaj w przypadkach śmierci z uduszenia niema. Również wbrew zdaniu autora poucza mnie moje doświadczenie, między innemi z obecnej wojny, że zwłoki osób, zmarłych z powodu ostrej niedokrwistości, zwłaszcza przy krwotokach zewnętrznych, ulegają niezwykle silnemu i długotrwałemu stężeniu pośmiertnemu. W następnym rozdziale o badaniu szczątków ciała podaje autor obok innych ustępów sposoby badania śladów krwawych, a podnieść tu należy niezwykle jasne a zwięzłe przedstawienie zasad serologii, których zrozumienie sprawia zazwyczaj uczniom sporo trudności. Nie wiem tylko, dlaczego autor tak poleca do wyciągania barwika krwi z plam pirydynę (może za Leersem) pomimo, że ma ona obrzydliwą gryzącą woń i o wiele gorzej rozpuszcza barwik krwi, niż zwykły ług potasowy lub sodowy, zwłaszcza z dodatkiem alkoholu. Bardzo piękny jest rozdział o dochodzeniu rodzaju i przyczyn śmierci, uwzględniający między innemi nowsze badania nad wewnętrznem wydzielaniem. W rozdziale o dochodzeniu obrażeń ciała poświęca autor sporo miejsca zagadnieniom nad stosunkiem urazu do różnych schorzeń ustrojowych, tak ważnemu w praktyce sądowo-lekarskiej i przy stosowaniu nowoczesnych ustaw o ubezpieczeniu robotników od wypadku, które są w pełni uwzględnione. Natomiast stosunkowo krótko rozprawia się autor ze symulacyą chorób, co zasługiwałoby na szersze omówienie, a również odczuwam tu brak praktycznych wskazówek do oceniania bolu, wywołanego obrażeniami lub chorobami będącemi następstwem urazu, co zwłaszcza początkującemu znawcy w procesach cywilnych nastręcza sporo trudności. Wreszcie przy interpretacyi § 156 a. u. k. co do podciągania utraty wzroku na jednem oku pod to postanowienie ustawowe należałoby może przecież pozostawić tę sprawę do pewnego stopnia otwartą, bo aczkolwiek ta interpretacya jest w podręcznikach medycyny sądowej powszechnie przyjęta, to jednak zdanie to spotyka się ze sprzeciwem właśnie ze strony okulistów, którzy też często inaczej orzekają na tej podstawie, że utrata wzroku na jednem oku obniża tylko o około 12% zdolność widzenia wogóle, jak to obliczył Szulisławski, nie osłabia więc wzroku w znacznym stopniu. Różne też pod tym względem są orzeczenia Najwyższego Trybunału sądowego w Wiedniu. Z podstawowego działu medycyny sądowej o śmierci gwałtownej rzecz o śmierci z uduszenia opracowana jest wprost świetnie, szczególniej zaś cenne są ustępy o śmierci z utonięcia, w których autor mógł się powołać na swoje własne fundamentalne prace w tym przedmiocie. W dyagnostyce śmierci z uduszenia stanął autor na jedynie słusznem stanowisku, że tylko wykazanie mechanicznego gwałtu lub czynnika zdolnego do zniesienia czynności oddechowej dozwala na rozpoznanie uduszenia jako przyczyny śmierci; może rozpowszechnienie tej książki usunie zakorzeniony wśród lekarzy dawny sposób myślenia, według którego najpierw z obrazu sekcyjnego narządów wewnętrznych rozpoznawano uduszenie, a potem naciągano niejako do tego rozpoznania sposób jego powstania. Żałuję, że autor przy omawianiu śmierci z powieszenia, dając już kilka klasycznych rycin, nie dodał schematycznego rysunku, przedstawiającego stosunki anatomiczne narządów szyi przy powieszeniu; rysunek taki widuje się w podręcznikach obcych, a uzmysławia on opis tych zmian, dla ucznia mniej zdolnego nie tak łatwo zrozumiały. Również

choćby ze względów dydaktycznych nie należało pominąć przytoczenia liczb, oznaczających wielkość ciężaru, potrzebnego do zaciśnięcia poszczególnych naczyń szyi przy powieszeniu, bo takie konkretne szczegóły tkwią łatwo w pamięci ucznia i tłomaczą mu najlepiej t. z. częściowe powieszenie. Rzecz o śmierci z otrucia utrzymana jest w ramach potrzebnych dla praktyka, gdyż bardziej szczegółowe omawianie tego przedmiotu stanowi już osobną naukę toksykologii; i tu jednak chętnie widziałbym dodanie kilku rycin, mianowicie najważniejszych roślin trujących, jak wilcza jagoda, bieluń i lulek, których zupełna nieznajomość jest wprost u wielu lekarzy uderzająca, co tak ujemnie może wpłynąć na tok dochodzenia w przypadkach otrucia temi roślinami. W następnym rozdziale o dzieciobójstwie, który raczej powinien być umieszczony dalej po rozdziale o dochodzeniu ciąży, porodu i poronienia, należałoby może nie uwypuklać tak znaczenia różnych prób życiowych, w szczególności próby płucnej, a położyć główny nacisk na należyte badanie anatomiczne płuc, które, ściśle rzecz biorąc, samo wystarcza do oceny, czy w płucu znajduje się powietrze czy nie; wszelkie te próby życiowe powinien lekarz uważać tylko za pomocnicze metody badania, a zaznaczenie tej właśnie okoliczności uchroni go od szablonowego wykonywania próby płucnej bez zbadania i porządnego opisania stanu płuc, co w aktach sądowych tak często się spotyka i utrudnia późniejsze ocenienie sprawy. W rozdziale o dochodzeniu niemocy płciowej wskazanem było, jeżeli już autor dotyka istoty popędu płciowego i porusza teoryę hormonów, omówić bliżej samą fizyologiczną stronę zjawiska erekcyi i ejakulacyi i na tem tle tłomaczyć ich zaburzenia, zwłaszcza funkcyonalne. Za skąpe również wydają mi się uwagi i wskazówki, dotyczące sposobu badania, wnioskowania, a zwłaszcza konstrukcyi orzeczenia w przypadkach dochodzenia niemocy płciowej bez podstaw anatomicznych, sprawy te bowiem, niezwykle ważne a delikatne, wymagają ze strony lekarza znawcy bardzo umiejętnego traktowania. Niejednokrotnie odpowiednio zbudowane orzeczenie lekarskie, nie wychodząc bynajmniej poza prawdę i rzeczywistość, może sądowi, który ze zrozumiałych powodów kieruje się w procesach o unieważnienie małżeństwa pewną liberalnością, dać dostateczny substrat do przyjęcia niemocy płciowej (choćby względnej i wynikającej z pewnych czynników n. p. zahamowań psychicznych) w przypadkach, w których ona nie da się absolutnie udowodnić. Wreszcie w dziale o dochodzeniu ojcostwa warto było choć pokrótce wspomnieć o badaniach Dungerna i Hirschfelda, według których przez wykazanie w krwi dziecka i domniemanego ojca pewnych biochemicznych struktur (isoaglutynin), odziedziczalnych według ścisłych praw (Mendla), możnaby przedmiotowo stwierdzić ojcostwo. Badania te wprawdzie dopiero w zaczątku nie mają jeszcze praktycznego znaczenia, jednak stanowią bardzo zajmujący przyczynek do serologii i bądź co bądź otwierają drogę do daleko idących następstw nawet dla rozwoju prawa. Przy omawianiu dopiero ulegl autor w jednym z ustępów nieprzyjemnej pomyłce, podając rycinę (Fig. 16), przedstawiającą rzekomo przypadek »juxtappositio membrorum« wedle Neugebauera. Tymczasem rycina ta nie odpowiada wcale przypadkowi, badanemu i opisanemu przez Neugebauera, ale pochodzi z dzieła Columbusa z XVI wieku i jest niewątpliwie wytworem fantazyi. Wogóle »juxtappositio membrorum« jest rzeczą zupełnie niedowiedzioną (przypadek Neugebauera jest całkiem niepewny, a przez Nagla wprost zakwestyonowany), embryologicznie niezrozumiałą i wogóle nieprawdopodobną. Dlatego o tem nie należało w podręczniku nawet wspominać. Następne rozdziały mówią o dochodzeniach ciąży, porodu i poronienia oraz o dochodzeniu w przestępstwach płciowych. W tym rozdziale omówione są też, i to wcale szeroko, zboczenia w popędzie płciowym z dodaniem uwag o odpowiedzialności karnej za czyny, wynikające z tych zboczeń, przyczem możnaby dyskutować z autorem co do podciągania tych przypadków pod pojęcie nieodpornego przymusu (§. 2. g. a. u. k.), które wedle zdania jurystów odnosi się tylko do przymusu zewnętrznego. W ustępie, mówiącym o nierządzie ze zwierzęciem, upomnieć się tu muszę o pominięcie niezwykłego przypadku sodomii, opisanego przez kol. Sołtysika ze Stryja (Lw. Tyg. lek. 1914 Nr. 30), dotyczącego aktu spółkowania psa do rzyci chłopca, przyczem nastąpiło u chłopca pęknięcie kiszki stolcowej aż do pęcherza moczowego. Następny rozdział o odpowiedzialności lekarza traktuje rzecz tę zwięźle, ale wyczerpująco.

Zamyka wreszcie książkę obszerny rozdział o dochodzeniu stanu umysłowego. Prof. Wachholz dokazał tu prawdziwej sztuki, obejmując w 80 stronicach tak ogromny materyał, jaki stanowi psychopatologia sądowa, a podając w nim wszystko, co jest ważne i potrzebne dla ucznia, lekarza i prawnika, i to w sposób niezwykle przejrzysty i zajmujący. Coby mi tu jeszcze brakowało, to kilku uwag, a raczej rad, dotyczących technicznej strony czynności znawcy przy dochodzeniu stanu umysłowego, zwłaszcza w sprawach karnych, a więc miejsca, czasu badania, studyum aktów, uzupełnienia dochodzeń, sposobu opracowania całego elaboratu i konstrukcyi orzeczenia; rzeczy te wprawdzie przychodzą same z praktyką, ale tu poruszone być powinny ze wskazaniem na niedostatki istniejącego stanu rzeczy i na postulaty w przyszłości. Również widziałbym chętnie choćby krótkie wzmianki o nowoczesnych badaniach inteligencyi, uwagi, spostrzegania i t. p. z odesłaniem do odpowiednich dzieł w literaturze, gdyż poza akademickiem znaczeniem metody te najrychlej właśnie mogą mieć zastosowanie przy dochodzeniu stanu umysłowego dla sądu przy tak licznych badaniach oligofrenów. Wreszcie zasługiwałaby na szersze uwzględnienie sprawa ostrego upojenia i przedstawienie ogólne i w danych statystycznych jego znaczenia kryminologicznego. Przedmiot ten powinien znać każdy przyszły lekarz szczególnie dobrze, a nigdzie indziej się tego nie nauczy w zwyczajnym biegu studyów lekarskich. Nakoniec względy praktyczne przemawiały za obszerniejszem nieco omówieniem sprawy t. z. psychoz więziennych i symulacyi choroby umysłowej. Co do samej treści tej części psychopatologicznej zaczepić muszę interpretacyę autora co do detencyi umysłowo chorych w myśl nowej ustawy austryackiej o pozbawieniu własnowolności. Z wywodów jego wynikałoby, że rozstrzygać tu ma okoliczność, czy dany osobnik jest lub nie jest niebezpieczny dla otoczenia, tymczasem tak się rzecz nie ma, gdyż wedle tej ustawy dopuszczalność zatrzymania jakiej osoby w zakładzie zamkniętym zależy tylko od stwierdzenia, że ona jest umysłowo chora, choćby nie przedstawiała żadnego niebezpieczeństwa dla siebie lub otoczenia. Kwestya niebezpieczeństwa ze strony chorego może być rozstrzygającą dla lekarza powiatowego lub gminnego, który tem uzasadnia szybką potrzebę odstawienia chorego do zakładu bez poprzedniego porozumienia się z zakładem i bez innych formalności. Sprawę stanowiska zwyrodniałych do kwestyi poczytalności, a w szczególności sprawę umieszczania ich w osobnych zakładach, ujmuje autor zupełnie słusznie z nowoczesnego punktu widzenia; niestety istniejące u nas stosunki, a także i ustawy nie pozwalają na przeprowadzenie tych zasad w praktyce. Dlatego też zwyrodniałych przestępców musi się traktować kompromisowo i indywidualnie, a więc jednych kwalifikować do więzienia, innych przy znacznym stopniu zwyrodnienia przedstawiać już jako umysłowo chorych, a zatem nieodpowiedzialnych, przy naciągnięciu, co prawda, odpowiednich postanowień ustawowych. Wnosząc ze stanowiska, zajętego przez autora w sprawie zwyrodniałych przestępców, uważam za błąd prawdopodobnie drukarski (przez opuszczenie kilku wyrazów) zdanie że »o ileby dało się stwierdzić, że dane przestępstwo miało za motyw tylko zwyrodnienie charakteru, właściwe obrazowi alkoholizmu przewlocznego.... to odpowiedzialność karna musiałaby być wykluczona«; sądzę bowiem, że w tych przypadkach autor właśnie przyjąłby odpowiedzialność przestępcy w przeciwstawieniu do innych, gdzie wchodzą w grę już dalsze zboczenia, a w szczególności i urojenia niewiary małżeńskiej. W podziale klinicznym psychoz prof. Wachholz trzyma się najpowszechniej dziś przyjętej szkoły Kräpelinowskiej, silniejsze zaznaczenie związku między zwyrodnieniem psychicznem a histeryą i neurastenią wrodzoną oraz traktowanie na tem wspólnem tle myśli natrętnych, a zwłaszcza t. z. obłąkania popędowego (zamiast przyłączenia tych rzeczy wyłącznie do neurastenii) odpowiadałoby lepiej mojemu przekonaniu.

Pozwoliłem sobie na tych kilka uwag nie w tym celu, aby koniecznie wytknąć jakieś usterki, lecz by dać dowód, że wobec powagi i znaczenia dzieła swego obowiązku sprawozdawcy nie zlekceważyłem. W całości bowiem książka ta jest wprost znakomita i piśmiennictwo lekarkie polskie dumne tylko być może z tego nowego nabytku. Porównując książkę prof. Wachholza z nowszymi a dobrymi podręcznikami medycyny sądowej w obcych językach, a to w szczególności z niemieckim Krattera i z francuskim Thoinota, przyznać się musi, że ten nasz nowy podręcznik nie tylko nie ustępuje tamtym, ale je nawet w niejednym kierunku przewyższa, nie mówię zaś nawet o podręczniku niemieckim Harnacka, który ma tyle błędów i niedostatków, że na to porównanie całkiem nie zasługuje. Szczególną zaletę książki prof. Wachholza stanowi styl i język, dostatecznie zresztą już znane czytelnikowi lekarskiemu polskiemu z licznych jego publikacyi, prawdziwą zaś okrasą są cytaty z dzieł wielkich poetów i myślicieli, zwłaszcza Szekspira, które rozrzucone w umiarkowany sposób wśród treści lub w przypiskach, ilustrują doskonale myśl autora, a mają oprócz estetycznej także istotną

wartość dydaktyczną, ułatwiają bowiem zrozumienie odnośnego zjawiska, pobudzają uwagę i fantazyę czytelnika i stanowią dlań pomoc mnemotechniczną. To też dzieło prof. Wachholza czyta się lekko i z prawdziwą przyjemnością. Techniczna strona wydawnictwa nie pozostawia nic do życzenia. Druk i papier dobre, prawie jak za przedwojennych czasów, korekta bardzo staranna. W książce znajduje się 22 rycin w tekście i 6 osobnych tablic z 42 rycinami; z pierwszych nie mogą zadowolić ryciny 2, 3, 14, 15, 16, drugie są na ogół dobre z wyjątkiem ryciny 2 ne tablicy V, robionej niewątpliwie z fotografii rysunku, a nie preparatu.

W zakończeniu niniejszego sprawozdania niech mi będzie wolno jeszcze podnieść, że omawiane dzieło prof. Wachholza jest setną z rzędu Jego publikacyą, a data jego wydania (1919) schodzi się właśnie z 25. rocznicą Jego pracy nauczycielskiej. Stanowi więc ono dostojny pomnik tego podwójnego jubileuszu autora. Jako najstarszy uczeń i pierwszy asystent prof. Wachholza z czcią patrzę dziś na stos leżących przedemną Jego publikacyi, przerzucając z rozrzewnieniem te, które powstawały jeszcze w moich oczach, z podziwem oceniam ten ogrom pracy, zapału i wytrwałości, tę niezmierną wielostronność umysłu autora, u którego żadne zagadnienie, dotyczące umiłowanego przez Niego przedmiotu nie pozostało bez oddźwięku, który umiał jak nikt inny połączyć obowiązki profesora, badacza i praktycznego znawcy. Z prawdziwą też dumą może dzić prof. Wachholz spojrzeć wstecz na ubiegające ćwierć stulecia swojej działalności, a że wiek Mu jeszcze nie poorał czoła, więc księga Jego zasług nadal otwarta i niezawodnie wypełniona jeszcze będzie złotemi głoskami. Nie pora też jeszcze na szczegółowe omawianie twórczości Szanownego Profesora, a obecne czasy wojenne nie dozwalają na inne uczczenie Jego jubileuszu. Niech więc na razie przyjmie Szanowny Jubilat choć w tej formie i na tem miejscu wyrazy prawdziwej czci i serdeczne życzenia dalszej zbożnej pracy, które Mu składam od siebie i w imieniu licznych Jego uczniów.

W. Sieradzki.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 26 czerwca 1918.

Przewodniczy prezes kol. prof. Krzyształowicz. Obecnych członków 21.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto. Na wniosek Wydziału wybrano członkiem Towarzystwa koleżankę Birnbaum-Gruszecką.

II. Kol. Rogalski przedstawia preparat **śródbłoniaka mózgu** i omawia objawy kliniczne, jakie za życia chorego spostrzegał.

W dyskusyi zabierał głos kol. prof. Gliński.

III. Kol. Rychliński przedstawia 1) przypadek włókniaka podsurowiczego dna macicy, wagi 12½ kg.; 2) torbieli jajnikowej, ważącej 17 kg.; 3) torbieli skórzakowej, wielkości małej głowy, wychodzącej z sieci, zawierającej w otoczce szereg blaszek kostnych, miejscami połączonych szwami; 4) przypadek rozległej przetoki pęcherzowo-pochwowej i pęknięcia odbytnicy aż do sklepienia z całkowitem prawie zniszczeniem zwieracza u chorej z wybitnie krzywiczą budową kośćca i miednicą ogólnie ścieśnioną płaską, u której poród trwał 5 dni i ukończony został przez »babkę« w taki sposób, że po zrobieniu otworu w czaszce i wypuszczeniu mózgu, jedną rękę wprowadziła do odbytnicy, drugą pod spojenie łonowe i siłą wydobyła płód. Przypuszczać należy, że przetoka pęcherzowo-pochwowa powstała z powodu nacisku główki płodu na odpowiedni odcinek z następową martwicą, zaś pęknięcie odbytnicy spowodowane zostało manipulacyą babki. Operacya obu przetok jednocześnie dała wynik dodatni.

IV. Kol. Rychliński wygłosił wykład p. t. **Ciąża zewnątrzmaciczna w świetle przypadków leczonych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.** (Referat w całości będzie ogłoszony drukiem).

W dyskusyi zabierali głos koledzy: Zubrzycki, Rosner, Wojciechowski, Krzyształowicz i prelegent.

Sekretarz doroczny, Dr Michejda.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

VIII. Posiedzenie naukowe z dnia 15. marca 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 27.

I. Kol. Ruff omawia i przedstawia przypadek **mięsaka** w jamie brzusznej, **leczony promieniami Röntgena**.

W dyskusyi: 1) Kol. Meisels zaznacza, że chorego naświetlał polami, których 8 było na brzuchu, a 8 na grzbiecie. Na każde z nich aplikował w seryach 8—10 jednostek Holzknechta pod blachą aluminiową grubości 3 mm. Seryi takich dostał chory dotychczas 4. Na skórze nie było z wyjątkiem brunatnego zabarwienia i łuszczenia się naskórka żadnych zmian. Używał rur chłodzonych wrzącą wodą (Siederöhren), które dozwalają na silniejsze obciążenie prądem elektrycznym (natężenie prądu wynosiło 4—5 M. A.) i dają promienie o znacznej twardości (9—10 stopni skali Wenehlta) i o znacznej jednolitości. Tym to czynnikom przypisuje cały wynik, gdyż w ten sposób mógł uzyskać odpowiedni stosunek pomiędzy dawką na powierzchni skóry, a dawką w głębi bez uszkodzenia skóry i przy stosunkowo niewielkich dawkach.

2) Kol. Gluziński, nie kwestyonując leczniczego znaczenia promieni Röntgena wobec mięsaków, zaznacza, że w przypadku kol. Ruffa niema pewności, że chodzi tu o mięsaka, a nie o ziarniniaka (granuloma) lub gruźlicę.

3) Kol. Schramm był dawniej pesymistą co do wyników rentgenoterapii mięsaka, zmienił jednak zupełnie swe przekonanie wobec wyników, otrzymanych przez kol. Pańczyszyna w przypadkach z jego oddziału.

4) Kol. Nowicki mówi o wpływie naświetlania na różne histologiczne postacie mięsaków i zmianach, jakie w nich pod wpływem naświetlań występują, a opiera się m ędzy innemi na preparatach przez siebie badanych, a przysyłanych przez kol. Pańczyszyna. Nie ulegą wątpliwości, że zachowanie się mięsaków po naświetlaniach pozostaje w związku z ich utkaniem.

II. Kol. Demianowski wygłosił odczyt p. t. **Oligofrenia a gruczoły z wydzielaniem wewnętrznem.**

W dyskusyi przemawiali kol. Zagórski i Sieradzki.

IX. Posiedzenie naukowe z dnia 22. marca 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 29.

I. Kol. Rothfeld przedstawia przypadki **nerwicy wojennej** z oddziału neurologicznego rezerwowego szpitala wojskowego we Lwowie i omawia stanowisko Oppenheima w tej sprawie, oraz zarzuty przeciwników.

II. Prof. Hirschler wygłasza odczyt p. t. **Z nowszych badań nad protoplasmą komórki.**

W dyskusyi zabiera głos kol. Nowicki: Sprawa poznania morfologicznej i chemicznej budowy protoplasmy komórki jeszcze dużo pozostawia do życzenia. Fakt ten jest niewątpliwie następstwem owej zdolności protoplasmy zmieniania swej morfologicznej budowy, owego morfologicznego metabolismu, jak go nazywa Ružička, zależnego od stanu spokoju względnie czynności badanej komórki. Wszak sam odkrywca mitochondryów Benda utożsamia je z bioblastami Altmanna. Jeżeli tak jest, to zrozumiałem jest, na jakie trudności musi napotykać patolog i jak krytycznie zmiany w komórce musi oceniać. Przykładem choćby tak często stwierdzane zmiany w ćmem zwyrodnieniu, o których nie wiemy, czy są następstwem zmian w części nieupostaciowanej protoplasmy komórki, czy też następstwem rozpadu substancyi siatkowej, mitochondryów i t. p. Wobec łatwego przechodzenia zziarnienia w owem zwyrodnieniu w zmiany tłuszczowe, nasuwa się przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z rozpadem mitochondryów, które składają się z ciał lipoidowych. Niemniej w interesujących badaniach ostatnich lat nad zachowaniem się i pochodzeniem tłuszczów i lipoidów w komórkach przekonano się n. p., że po zastosowaniu pewnych metod (Noll) możemy ujawniać w protoplasmie kuleczki względnie ziarenka lipoidów, przedtem polarymetrycznie i sposobami barwienia niewidocznych. Ciekawem byłoby stwierdzenie, w jakim fizycznym lub chemicznym związku pozostaje to zjawisko, nazwane przez Niemców »Fettphanerosis«, z chondryosomami. Mowca wreszcie zapytuje się prof. Hirschlera, jak zapatruje się na stosunek aparatu Golgiego do nauki Holmgrena o trophospognium.

W dyskusyi przemawiał nadto kol. Hornowski.

X. Posiedzenie naukowe z dnia 12. kwietnia 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 37.

Przewodniczący żali się na małą frekwencyę kolegów na posiedzeniach naukowych, niepunktualność prelegentów oraz na wielkie zaległości w wkładkach. W sprawie tej przemawiali kol. Franke, Müller i Nowicki.

I. Kol. Nowicki: a) **Wrodzony brak** części ramienia poprzecznego **okrężnicy** w pobliżu jej śledzionowego zagięcia u 6-dniowego noworodka, zmarłego z powodu ogólnego zapalenia otrzewnej. Jelito cienkie, szczególnie zaś dośrodkowa część jelita grubego, jest bardzo znacznie rozdęta i wypełniona treścią, podobną do smółki, natomiast obwodowy odcinek tegoż jelita podstawia się pod postacią postronka, zawierającego światło i próżnego. Ramię wstępujące jest bardzo wydłużone i tworzy liczne pętlowate zagięcia. Oba końce ślepe jelita są gładkie, nie wykazują zmian, któreby świadczyły o dawniej przebytem zapaleniu. Mowca przytacza i omawia przypuszczalne sposoby powstawania tego rodzaju braków i niedrożności jelit u płodów wzgl. noworodków, podnosząc szczególniejszą rzadkość ich w jelicie grubem i trudności w tłómaczeniu ich powstawania.

b) **Macica i pochwa podzielona** u kobiety 23-letniej z gruźlicą, niedokształtem serca i tętnicy głównej, nerkami płatowemi i wogóle ogólnym niedostatecznym rozwojem.

c) **Nadmierny** i pod względem kształtu **niezwykły rozwój kostnej blizny** po dawnem złamaniu szyjki kości udowej.

II. Kol. Tomaszewski wygłosił odczyt p. t.: **O durze powrotnym** (z demonstracyą preparatów krwi i krzywych gorączki). (Rzecz ogłoszona w Nrze 41 »Przeglądu lekarskiego«).

W dyskusyi kol. Pisek wspomina o epidemii w r. 1877 w Krakowie. Rozpoznanie, podczas epidemii łatwe, wahać się może między durem brzusznym a plamistym; w przypadkach sporadycznych rozstrzyga obraz krwi.

W dyskusyi przemawiali nadto kol. Sabatowski, Franke, Hornowski i prelegent.

W sprawie kierownictwa krajowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie.

Z powodu rozpisania przez Wydział krajowy konkursu na posadę dyrektora krajowego Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie pod Krakowem, uchwalił Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego na posiedzeniu z dnia 18 b. m. jednomyślnie podać do wiadomości Wydziału krajowego, co następuje:

Posada dyrektora krajowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie jest jednym z najważniejszych i najbardziej odpowiedzialnych posterunków społeczno-lekarskich w Polsce. Dlatego też przy zamianowaniu nowego dyrektora tego zakładu koniecznem jest upewnienie się, aby posada dostała się w najbardziej ukwalifikowane i odpowiednie ręce, nie powinna zatem być nadana bez zasięgnięcia fachowej opinii odpowiednich kompetentnych czynników, to jest wydziałów lekarskich uniwersyteckich, przedewszystkiem zaś Wydziału lekarskiego krakowskiego, dla którego Zakład w Kobierzynie już ze względu na swą bliskość ma niezmierne znaczenie. Jeżeli w statucie Zakładu w Kobierzynie taki sposób postępowania nie jest przewidziany, w takim razie jest to zasadniczy błąd, który należy jaknajprędzej naprawić.

Ponieważ konkurs powyższy rozpisany został przez Wydział krajowy dnia 31 lipca b. r., a termin wyznaczony do składania podań już 30 września upłynął, to wobec zasadniczych ogólno narodowych zmian, jakie w bieżącym miesiącu zaszły, uważa Wydział lekarski, że w obecnych czasach, kiedy cała administracya sanitarna przy objęciu kraju przez rząd polski musi uledz kompletnemu przeobrażeniu, obsadzenie definitywne posady kierownika tak wielkiego zakładu leczniczego, jakim jest Kobierzyn, powinno być na razie odroczone i pozostawione przyszłym władzom państwa polskiego, tem więcej, że Wydział krajowy jeszcze nie mógł zacząć rozpatrywać podań kandydatów.

W punkcie trzecim konkursu, rozpisanego przez Wydział krajowy, powiedziano, że »do podań należy załączyć dyplom doktora wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednym z uniwersytetów monarchii austryacko-węgierskiej«. — Otóż warunek ten, ażeby o posadę dyrektora najnowszego polskiego zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kobierzynie, będącego ostatnim wyrazem wymagań nowoczesnej psychiatryi, mogli ubiegać się tylko kandydaci, posiadający dyplom doktora, uzyskany na jednym z uniwersytetów monarchii austryacko-węgierskiej, w dzisiejszych zmienionych warunkach narodowo-społecznych jest z narodowego stanowiska wręcz niedopuszczalny.

Dlatego też Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego domaga się kategorycznie, ażeby Wydział krajowy, zważywszy olbrzymią odpowiedzialność, jaka ciąży na nim wobec całej Polski za obsadę tak ważnego stanowiska, uwzględniając nowe zmienione dziś warunki życia narodowego, sprawę obsady stanowiska dyrektora krajowego Zakładu dla umysłowo chorych w Kobierzynie albo odroczył do chwili objęcia przez rząd polski urządzeń sanitarnych wszystkich ziem polskich, albo żeby rozpisał na tę posadę ponowny konkurs, zapraszający do współubiegania się o nią kandydatów ze wszystkich ziem polskich, wreszcie ażeby Wydział krajowy przed rozstrzygnięciem konkursu, o naukowych i lekarskich kwalifikacyach kandydatów, jacy się zgłoszą, zasięgnął fachowej opinii Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, ewentualnie obydwu wydziałów lekarskich.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie z powodu zachorowania prelegentów na grypę nie odbyło posiedzenia, zapowiedzianego na 23. b. m.

— Z powodu przedrukowanej przez nas w Nrze 40 p. t. »Ze zdrojowisk krajowych« notatki dziennikarskiej o wnioskach dra Kazimierza Soleckiego, otrzymaliśmy z Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk prośbę o sprostowanie, że dr. Solecki nie jest prezesem tego Związku i że zdrojowisk krajowych nie objeżdżał z ramienia tego Związku, ale jako znawca w gronie komisyi, wysłanej przez Sekcyę III Urzędu odbudowy Galicyi. Prezesem Krajowego Związku zdrojowisk jest, jak i dawniej, Jan hr. Potocki z Rymanowa.

Lwów. Wydawnictwo »Ruchu filozoficznego« pod redakcyą prof. dra Twardowskiego zostało wznowione po 4-letniej przerwie.

Warszawa. Wyszedł z druku drugi zeszyt czasopisma p. t. »Zagadnienia rasy«. Zawiera on artykuły: dra Miklaszewskiego: »Oficer armii rosyjskiej ze stanowiska rasy« i dra Wernica: »Sprawa ludności w Polsce, a choroby weneryczne« (cz. II).

— Doc. dr Józef Jaworski ustępuje po 10-letniej pracy ze stanowiska redaktora »Zdrowia« z powodu objęcia nowych obowiązków urzędowych i dydaktycznych. Na stanowisko redaktora »Zdrowia« ogłasza Towarzystwo higieniczne warszawskie konkurs.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę 30. października 1918 o godz. 6 wieczór w Domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4)**. Porządek dzienny: 1) Dr Blassberg: Przedstawienie chorego z rozsianymi bąblowcami. 2) Sprawa zmiany statutu i wysokości wkładki. 3) Prof. Dr Nitsch: O tępieniu pasorzytów i szkodników zwierzęcych.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.